

## 6-й СЪЕЗД ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОТУЛИЗМА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ***Богуцкий М.И., Гирис Е.В.**УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь*

Достаточно широкое использование населением Беларуси домашнего консервирования мясных изделий и грибов в прошлом столетии обусловило рост заболеваемости ботулизмом [1, 2]. Среди заболевших преобладали женщины, жители сельской местности [1, 2, 5]. Однако за последние несколько десятилетий численность сельского населения значительно уменьшилась, существенно изменилась структура пищевого рациона. Увеличилось употребление в пищу вяленых и копченых мясных изделий, мясных консервов, а также грибов промышленного способа консервирования, предусматривающего обязательный этап автоклавирования, что привело к снижению заболеваемости ботулизмом и, возможно, повлияло на тяжесть течения и особенности эпидемического процесса.

Цель исследования: изучить эпидемиологические особенности и клинические проявления ботулизма в современный период.

Материал и методы. Проведен анализ клинического материала 30 случаев ботулизма у пациентов, находившихся на лечении в областном инфекционном стационаре за период с 2005 по 2012 годы. Обследование и лечение проводилось согласно клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и включало подробное эпидемиологическое расследование. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования и их обсуждение. Под наблюдением находилось 30 пациентов, средний возраст которых составил  $29,23 \pm 3,10$  года, из них мужчин было 18 (60%), женщин — 12 (40%). Отмечено, что мужчин было в 1,5 раза больше, чем женщин ( $p < 0,05$ ). Преобладали жители сельской местности — 19 (63,3%), жителей города — 11 (36,7%). В первые 3 дня от начала болезни поступили 14 пациентов (46,6%), с 4 по 5 день — 5 (16,7%), с 6 по 10 день — 6 (20%) и позже 10 дней — 5 (16,7%). Таким образом, в первые 5 дней болезни поступило большинство заболевших (63,3%). Диагноз ботулизма 21 пациенту (70%) был выставлен при первом обращении за врачебной помощью, 9 (30%) — при повторном обращении. Большинство пациентов (66,7%) поступили в стационар в осенне-зимний сезон: осенью — 8 (26,7%), зимой — 12 (40%). Следует подчеркнуть, что в 1966—1980 годах среди заболевших ботулизмом преобладали женщины и пик заболеваемости приходился на осенний сезон [2].

Инкубационный период в среднем составил  $2,23 \pm 0,36$  дня и колебался в пределах от 1 до 9 дней. В 43,3% случаев заболеваемость ботулизмом носила групповой характер, чаще семейный, и была связана с употреблением мясных изделий, а в остальных 56,7% случаев заболевания эпидемиологически не были связаны с одним и тем же фактором заражения.

По степени тяжести пациенты распределились следующим образом: легкая форма у 5 (16,7%), среднетяжелая у 19 (63,3%) и тяжелая у 6 (20%) заболевших. Среднетяжелые и тяжелые формы ботулизма суммарно встречались гораздо чаще, чем легкие (25 случаев, 83,3%).

По результатам эпидемиологического расследования очагов ботулизма у 15 пациентов (50%) в качестве фактора заражения фигурировали мясные продукты, преимущественно вяленое в домашних условиях мясо (9 случаев), консервированные в домашних условиях грибы — 12 пациентов (40%), копченая рыба — у 2-х (6,7%). И лишь в 1 случае заболевание развилось после употребления в пищу консервированных в домашних условиях огурцов. Ряд авторов указывает, что в настоящее время рыбные консервы, как фактор заражения ботулизмом, играют существенную роль [3, 4]. Однако в нашем наблюдении случаев заболеваний связанных с употреблением рыбных консервов не наблюдалось.

Сравнительный анализ сезонности заболеваний ботулизмом в зависимости от фактора заражения показал, что случаи, связанные с употреблением мясных продуктов, регистрировались преимущественно в осенне-зимний сезон — 11 случаев (73,3%), а с употреблением грибов — в зимний — 9 случаев (75%). Необходимо отметить, что в 1966—1980 годах мясные продукты, как фактор заражения при ботулизме фигурировали в основном в летние месяцы, а случаи, связанные с употреблением маринованных в домашних условиях грибов, регистрировались преимущественно в осенние месяцы [2].

Сравнение клинических проявлений ботулизма в зависимости от фактора заражения показало, что стойкая сухость во рту отмечалась у всех наблюдаемых пациентов. Мышечная слабость наблюдалась у 76,7% заболевших, расстройство аккомодации и миодриаз — у 96,7%, частота этих симптомов не зависела от фактора заражения. Однако эти симптомы у пациентов, указывающих на употребление вяленых мясных изделий, были более выраженными и сохранялись более продолжительное время ( $p < 0,01$ ). Тошнота, рвота, боли в животе, метеоризм и запоры наблюдались у 46,7% пациентов, употреблявших маринованные грибы, у употреблявших мясные продукты — в 66,7% случаев ( $p < 0,01$ ). Нарушение глотания имело место в 76,7% случаев, птоз и анизокория — в 43,3% и так же чаще у употреблявших мясные продукты ( $p < 0,01$ ). Тяжелые формы ботулизма наблюдались как среди употреблявших мясные изделия, так и среди употреблявших консервированные грибы (по 3 случая).

Выводы:

1. Пик заболеваемости ботулизмом за последние годы наблюдается в осенне-зимний сезон.
2. Среди заболевших преобладали мужчины, жители сельской местности.
3. Основными факторами заражения являлись мясные продукты домашней заготовки и маринованные в домашних условиях грибы. Рыбные консервы как факторы заражения не выявлялись.
4. Ботулизм протекал преимущественно в среднетяжелой форме. Тяжелые формы болезни наблюдались как при употреблении мясных изделий, так и консервированных в домашних условиях грибов.

### Литература

1. Васильев, В.С. Некоторые вопросы клиники, диагностики и лечебной тактики при ботулизме / В.С. Васильев, В.И. Комар // Терапевтический архив. — 1980. — №7. — С. 128—130.
2. Васильев, В.С. Сравнительная оценка клиники, диагностики и лечения ботулизма в последние 40 лет / В.С. Васильев [и др.] // Медицинская панорама. — 2008. — №2 (85). — С. 36—39.
3. Мухамедов, И.Б. Особенности клинического течения ботулизма в зависимости от тяжести заболевания / И.Б. Мухамедов, Ф.И. Камалов, Д.К. Набиходжаева // Актуальные вопросы инфекционной патологии: материалы международного Евро-Азиатского конгресса. — Витебск, 2008. — С. 159—160.
4. Никифоров, В.В. Ботулизм: клинические особенности и современные подходы к терапии / В.В. Никифоров // Терапевтический архив. — 2001. — №11. — С. 97—100.
5. Сачек, М.М. Проблемы диагностики ботулизма / М.М. Сачек, Н.Ю. Васильева // Материалы V съезда инфекционистов Республики Беларусь. — Минск, 2003. — С. 153—155.

## ОСОБЕННОСТИ ПУТЕЙ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА С В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Бохонов М.С., Болхов А.Р., Ситников И.Г.

ГБОУ ВПО Ярославская Государственная Медицинская Академия МЗ РФ,  
г. Ярославль, Россия

Гепатит С (ГС) — преимущественно хроническое заболевание печени, вызываемое одним из представителей семейств флавивирусов. Открытие возбудителя стало возможным благодаря методам молекулярной биологии в 1989—1991 гг.

Источником инфекции является человек, больной острым или хроническим ГС. Считается, что механизм передачи вируса — исключительно парентеральный. Следовательно, кровь и ее дериваты, полученные от больных, представляют основную опасность инфицирования HCV.

Больные с заболеваниями крови, пациенты центров гемодиализа и трансплантации относятся к группе высокого риска по заболеванию ГС [1].

Медицинские работники, которые могут инфицироваться при случайном контакте с кровью больных, также составляют группу риска. При обследовании персонала станций переливания крови антитела к вирусу ГС обнаружили в 2,3% случаев [2].

В настоящее время риск передачи HCV через препараты крови значительно снизился, что объясняется своевременным внедрением обязательного обследования донорской крови на антитела к вирусу. Вместе с тем, у пациентов на постоянном гемодиализе, инфицирование HCV растет даже в индустриально развитых странах. Отмечается увеличение числа а-HCV позитивных пациентов, не получавших трансфузии, что свидетельствует о нозокомиальном пути передачи вируса ГС.

Наряду с гемотрансфузионным, HCV может пере-

даваться инъекционным (особенно у наркопотребителей), а также половым путем. Однако значимость сексуального пути заражения при ГС значительно меньше, чем при гепатите В. Передача вируса через половые контакты является в последнее время одним из активно обсуждаемых вопросов [3].

Переход вируса ГС от матерей детям — редкое явление: вероятность заражения составляет 1—5%. Однако если заражение произошло в перинатальном периоде, вирус может длительное время оставаться незамеченным и проявиться у пациента лишь в зрелом возрасте.

Обнаружение а-HCV при внутрисемейных контактах составляет 4,5% [3].

В 20—40% случаев причины заражения вирусом гепатита С остаются нераскрытыми, то есть их не удается связать с известными факторами риска. Это говорит о необходимости изучения возможности распространения вируса и другими путями.

Целью нашего исследования явилось изучение эпидемиологических особенностей хронического гепатита С по данным Инфекционной клинической больницы №1 города Ярославля за 2009—2011 годы.

Были изучены истории болезней 310 пациентов, 174 мужчин (56%) и 136 женщин (44%). Все они впервые проходили обследование и лечение в условиях гепатитного отделения. Средний возраст мужчин составил 23,3 года, женщин — 27,8 лет.

Медицинские манипуляции послужили фактором инфицирования у 101 больного (32,6%). Оперативные вмешательства отмечались у 48 пациентов (15,5%), медицинские аборт — у 12 женщин (3,9%), ФГДС — у 9 пациентов (2,9%), посещение стоматолога — у 20 человек (6,4%). Донорами выступали 7 человек из числа исследуемых (2,3%), все они многократно подвергались процедуре отбора крови. Гемотрансфузии были выявлены в анамнезе у 31 пациента (10%), преобладали случаи однократного переливания крови и ее компонентов (90,3%).

Внутривенное наркопотребление в анамнезе отмечалось у 41 пациента (13,2%), из них у 11 человек имело место однократное употребление наркотических средств. Среди наркопотребителей преобладали мужчины молодого возраста (17—24 лет).

Половой путь передачи прослеживался у 15 пациентов, причем в 6 случаях имели место внутрисемейные контакты (заражение жены от больного хроническим вирусным гепатитом мужа).

Немедицинские манипуляции (татуировки, пирсинг) играли роль фактора передачи инфекции в 27 случаях (8,7%). Несколько возможных путей передачи отмечалось в анамнезе 37 пациентов (11,9%), в 42 случаях (13,5%) выяснить путь передачи вируса не удалось.

Таким образом, преобладающим путем передачи инфекции в нашем исследовании выступают медицинские манипуляции, при этом сохраняет свои позиции такой фактор заражения, как внутривенное наркопотребление. Количество пациентов с невыясненным анамнезом заболевания остается на высоком уровне, что свидетельствует о необходимости изучения возможности распространения вируса и другими путями.

### Литература

1. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко